FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

N° 119

PAR

Joseph HELLO

Né le 31 Octobre 1920, à Plouay (Morbihan).

12 FEV 1948

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

TRAITEMENT DES ABCES FROIDS TUBERCULEUX

Président : M. BROCQ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

12 FEV 1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Joseph HELLO

Né le 31 Octobre 1920, à Plouay (Morbihan).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

TRAITEMENT DES ABCES FROIDS TUBERCULEUX

Président : M. BROCQ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN : ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON(JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique	
Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

En gage de mon affection, de ma gratitude et de ma reconnaissance.

A MON PERE

Ses conseils ont toujours été pour moi un gage précieux et tendre de son affection et de sa sollicitude. Ce modeste travail ne le remerciera jamais assez de tous ses efforts pour faire de moi un homme.

A MA FEMME

Qui fut au cours de l'élaboration de ce travail, une patiente et dévouée collaboratrice.

En hommage de tendresse et de respect.

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de ma profonde affection.

A MON BEAU-FRERE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur P. BROCQ

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAITRE LE DOCTEUR PILVEN

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Quimper

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous prodiguant sans relâche ses précieux et judicieux conseils.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre infinie reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLLIVIER-HENRY

Chirurgien de l'Hôpital de Quimper

Ancien Interne et Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris

Dont les conseils nous ont été d'un grand secours dans l'élaboration de ce travail.

A MES MAITRES D'EXTERNAT
DANS LES HOPITAUX DE RENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS.

MONSIEUR LE DOCTEUR TOULOUSE.

MONSIEUR LE DOCTEUR PAILHERET.

MONSIEUR LE DOCTEUR PELLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICHOT-JANTON.

AUX MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL CIVIL DE QUIMPER

A MADAME LA SUPÉRIEURE
ET AUX RELIGIEUSES DE L'HOPITAL DE QUIMPER

A MES CAMARADES D'INTERNAT
MESSIEURS J. FOURCHON, R. COLLETER,
P. PEIGNIAUX

INTRODUCTION

Il semble bien téméraire de vouloir aborder un sujet si longuement et peut-être si complètement étudié que celui des abcès froids tuberculeux.

Au cours de notre internat à l'hôpital de Quimper, nous avons été frappé par le nombre des abcès froids que nous avons été appelé à traiter.

C'est sous la conduite du Docteur PILVEN, chirurgien de l'hôpital, au cours d'une année d'internat fertile en enseignement, que se sont précisées les idées que nous allons nous efforcer d'exposer de la façon la plus objective.

Notre but, dans ce travail est d'exposer une méthode de traitement des abcès froids tuberculeux. Cette méthode nous a donné des résultats qui, pour le moins que l'on puisse dire, sont satisfaisants.

Le traitement que nous préconisons dans ce travail a pour but de traiter les abcès froids tuberculeux par ponction et lavage avec une solution de formol au centième.

Il semble, après nos recherches, que le formol n'a pas encore été utilisé pour traiter les suppurations froides d'origine tuberculeuse. Si d'autres, avant nous, l'ont employé dans ce but, notre travail ne viendra que confirmer les résultats qu'ils auront obtenus.

DEFINITION

PAR OPPOSITION AVEC LES ABCÈS CHAUDS, on a désigné sous le nom d'abcès froids, une collection de pus formée lentement et sans réaction inflammatoire apparente, c'est-à-dire, sans chaleur, sans rougeur et sans douleur vive.

Nos maîtres avaient coutume, autrefois, d'appeler l'abcès froid « abcès par congestion » pour le distinguer de l'abcès chaud ou « abcès par inflammation. Ils croyaient que la simple congestion des tissus donnait naissance à du pus clair et mal lié; bien différent du pus crémeux et bien lié de la suppuration chaude, succédant à une vive inflammation.

ENVISAGÉ AU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE, nous savons que la grande majorité des abcès froids a pour origine la TUBERCULOSE. C'est à LANNELONGUE, BRISSAUD et JOSIAS que nous sommes redevables de cette notion. Les bacilles de KOCH sont rares dans le pus de l'abcès; on peut, cependant, les mettre toujours en évidence, soit, par la recherche sur lame par homogénéisation, soit, par ensemencement et culture sur milieux spéciaux (Loewenstein), soit, inoculation aux cobayes.

Il ne faudrait, cependant, pas croire que seul le bacille de KOCH puisse donner lieu à un abcès froid. En effet, il faut admettre à côté des abcès froids tuberculeux des abcès chroniques dus à des micro-organismes autres que le bacille de KOCH.

Le staphylocoque, ayant parfois une virulence atténuée peut se borner à la production de noyaux purulents à évolution lente, indolore, sous une peau à peine rougie.

Mais ce qui peut stimuler le plus souvent l'abcès froid tuberculeux est sans conteste l'abcès chronique à champignons « *l'abcès myçosique* ».

Les infections mycosiques peuvent, en effet, atteindre tous les tissus et en certains cas simuler la tuberculose. Parmi ces abcès mycosiques on peut maintenant individualiser les Blastomycoses et les Sporotricoses.

La Sporotricose, causée par des champignons filamenteux du groupe des sporotrichées, peut donner naissance à de petits nodules sous-cutanés multiples disséminés, qui d'abord durs se ramollissent et aboutissent aux abcès froids qui ne s'ouvrent pas; incisés, ils sont suivis d'ulcérations arrondies.

Leur traitement est l'iodure de K.

La Sporotricose peut donner lieu aussi à des abcès plus volumineux contenant 300 à 500 cm^3 de pus.

Cette forme d'abcès froid est à la tuberculose ce que la précédente est à la forme tuberculeuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ABCES FROID TUBERCULEUX

L'abcès froid tuberculeux présente une anatomie pathologique qui le différencie nettement des autres abcès. Il se caractérise par :

— sa paroi,

— son contenu.

1) La paroi de l'abcès froid comprend deux épaisseurs :

— *La couche externe.*

Membrane active comme l'a montré Lannelongue. C'est la membrane tuberculogène. C'est cette membane qui produit le pus et propage la lésion. L'abcès tuberculeux, en effet, s'étend et s'agrandit grâce à sa membrane externe. Cette surface externe est lisse et unie quand l'abcès ne s'accroît plus et s'est limité; elle présente, au contraire, dans les abcès en voie d'accroissement des bourgeons excentriques qui s'avancent dans les interstices musculaires, envahissant le tissu cellulaire lâche.

— *La couche interne.*

Elle est irrégulière, anfractueuse, bourgeonnante; on peut y voir des points jaunâtres en voie de caséification. Cette couche baigne directement dans le pus de l'abcès. Histologiquement, cette couche est formée de cellules nécrosées, de fibrine et de vaisseaux malformés. On y rencontre peu de leucocytes polynucléaires.

2) Le contenu de l'abcès froid :

Le pus de l'abcès froid tuberculeux est séreux, jaunâtre, mêlé à des débris caséeux, par opposition au pus phlegmoneux qui est épais, poisseux, bien lié. Parfois, il n'y a pas de pus à l'intérieur de l'abcès, mais une substance semi-liquide, ayant l'apparence et la consistance du mastic. On les appelle parfois abcès solides ou abcès caséeux (Lannelongue) ou abcès résiduaux (Paget).

Ce pus, au point de vue chimique, diffère encore du pus des abcès chauds : sa teneur en albumine et en mucine est plus forte, il contient moins de leucocytes; on n'y trouve pas ou peu de bacilles.

SYMPTOMATOLOGIE GENERALE DE L'ABCES FROID TUBERCULEUX

L'évolution générale de l'abcès froid tuberculeux se fait en deux phases :

— une phase de crudité,

— suivie d'une phase de ramollissement.

A LA PHASE DE CRUDITÉ, la tumeur tuberculeuse a généralement une forme arrondie, une consistance dure.

LE TUBERCULE SE RAMOLLIT peu à peu et l'abcès se constitue. Accompagnant l'évolution de l'abcès, on note, dans la plupart des cas, une gêne plus qu'une douleur, une apyrexie presque complète, un engorgement ganglionnaire et une légère atrophie musculaire portant sur les muscles voisins de la lésion et de l'abcès.

Une fois constitué, l'abcès froid est une tumeur tendue, lisse, de consistance molle et franchement fluctuante, recouverte par une peau normale à l'œil et au palper, mince, souple, facile à plisser, non œdémateuse. indolente spontanément et à la pression.

A ce stade, l'abcès froid peut s'enkyster et guérir, spontanément, par transformation fibreuse et former une petite gomme scrofuleuse. Le plus souvent, laissé à lui-même, l'abcès grossit, traverse les plans musculaires d'épaisseur variable qui le recouvraient, arrive sous l'aponévrose, puis sous la peau. La peau qui recouvre l'abcès devient un peu violacée; elle adhère à la

paroi de l'abcès, s'amincit, crève et laisse échapper le pus caséeux et bien lié de l'abcès froid.

L'ouverture de l'abcès froid à la peau, n'est pas produite par une simple distension mécanique, mais bien par l'envahissement tuberculeux de la peau, de dedans en dehors. C'est pourquoi une fois l'abcès ouvert, la fistule qui en résulte n'a aucune tendance à guérir spontanément. L'orifice dont les bords sont généralement anfractueux, amincis, violacés, décollés, tend à rester fistuleux, éliminant peu à peu le pus et les grumeaux, résultant du ramollissement des follicules tuberculeux.

Une fois fistulé, l'abcès froid est presque fatalement infecté secondairement par des microbes pyogènes : staphylocoques et streptocoques. C'est pourquoi l'abcès froid fistuleux peut devenir alors un véritable abcès chaud.

Au bout d'un temps variable, l'écoulement de l'abcès froid peut se tarir, la cavité se combler et il ne reste plus qu'une cicatrice ayant comme caractère d'être adhérente et déprimée, parfois, au contraire, formant relief sous les téguments.

LOCALISATION DES ABCES FROIDS TUBERCULEUX

Il existe différentes variétés d'abcès froids tuberculeux. D'après leurs origines, nous pouvons distinguer trois grandes variétés d'abcès froids tuberculeux.

1) Les abcès froids provenant d'une ostéo-arthrite tuberculeuse.
2) Les abcès froids provenant d'une ostéite tuberculeuse sans atteinte articulaire.
3) Les abcès froids ganglionnaires provenant de l'évolution d'adénites tuberculeuses.

A ces trois variétés principales, on peut y joindre les abcès froids tuberculeux musculaires dont le traitement est la plupart du temps chirurgical.

I. — ABCES FROIDS PROVENANT D'UNE OSTEO-ARTHRITE TUBERCULEUSE

Ces abcès froids forment la majorité des abcès froids tuberculeux. Les abcès peuvent venir de l'os (ossifluents) ou de la synoviale (arthrifluents).

Ces abcès froids peuvent être intra ou extra-articulaires :

Dans le premier cas, la jointure est remplie comme par une hydarthrose; dans le second cas, la collection forme une poche dont la fluctuation ne se transmet pas

à l'articulation. Par inoculation successive de proche en proche, les abcès poussent des prolongements, souvent multiples et qui peuvent s'éloigner de leurs points originels.

L'installation de l'abcès froid tuberculeux est souvent insidieuse, accompagnée la plupart du temps d'adénopathie, de points douloureux. La radiographie, les antécédents du malade, permettent de préciser le siège de l'ostéite tuberculeuse.

Parmi les ostéo-arthrites tuberculeuses, celles qui nous intéresseront particulièrement sont :

1) L'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche.

2) Le mal de Pott.

3) L'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou,

étant donné les observations que nous avons pu réunir dans ces différents cas.

A. — L'abcès froid coxalgique.

Il peut siéger dans le triangle de Scarpa et remonter parfois dans la fosse iliaque, créant ainsi un abcès en bissac. Il peut se développer soit en dedans vers la région des adducteurs, soit en dehors, vers la région trochantérienne et descendre le long du tenseur du fascia lata.

L'abcès froid coxalgique peut enfin apparaître en arrière, sous les fessiers et au bord inférieur du muscle grand fessier.

B. — Les abcès froids pottiques.

Ils sont dus à des lésions tuberculeuses de la colonne vertébrale. Qu'il s'agisse de la forme circonscrite, localisée à une, deux ou trois vertèbres, avec début au voisinage des disques intervertébraux, avec évolution vers la création de géodes et écrasement des vertèbres, ou bien qu'il s'agisse de la forme diffuse, c'est-à-dire,

celle que érode superficiellement les corps vertébraux sur une longue surface, des abcès peuvent se produire.

La localisation des abcès froids pottiques varie suivant la topographie des lésions initiales; mais tous progressent non en raison de la pesanteur, mais par le pouvoir tuberculigène de la face externe de la poche.

— Les abcès froids de la colonne cervicale et de la première vertèbre dorsale ont tendance à suivre les digitations des muscles qui s'insèrent sur les apophyses transverses et aboutissent au creux sus-claviculaire ou bien ils suivent la face antérieure du corps vertébral et deviennent rétro-pharyngiens.

— Les abcès froids provenant de la colonne dorsale de D2 à D10 ont tendance dans la grande majorité des cas à rester localisés autour de la colonne et à former un fuseau. Ce fuseau peut être extra ou intra-médullaire. Plus rarement, on peut observer des abcès en forme de nids accolés à la colonne dorsale et décrits par MÉNARD.

— Les abcès froids provenant d'une atteinte vertébrale allant de la onzième dorsale à la quatrième lombaire suivent le lit du psoas. Dans la grande majorité des cas, ces abcès ne franchissent pas l'arcade crurale et s'arrêtent dans la fosse iliaque. Parfois, ils vont jusqu'au triangle de Scarpa. Parfois, enfin, jusqu'à l'insertion inférieure du psoas et gagnent la face interne de la cuisse.

— Les abcès froids provenant de la cinquième vertèbre lombaire et du scrotum suivent le pyramidal et sortent par la grande échancrure sciatique. Ce sont des abcès fessiers.

C. — L'OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DU GENOU.

Elle peut donner naissance à des abcès froids. Ces abcès froids qui peuvent se former :

— soit, en avant de la bourse séreuse sous-quadricipitale,

— soit, latéralement,

— soit, en arrière dans la région du creux poplité.

Il ne nous a pas été donné de traiter des tumeurs blanches du genou à la période d'état, par le traitement que nous exposons en fin de ce travail, étant donné que le diagnostic est souvent fait précocement et qu'il entraîne l'immobilisation chez l'enfant, la résection chez l'adulte, l'amputation chez le vieillard.

II. — LES ABCES FROIDS TUBERCULEUX D'ORIGINE OSSEUSE SANS ATTEINTE ARTICULAIRE

Constituent le deuxième groupe des abcès froids tuberculeux. Le type de ces abcès est l'abcès froid costal, bien que son origine peut être tout autre qu'osseux (par exemple, ganglionnaire).

Comme tout abcès froid, l'abcès tuberculeux costal évolue en deux phases : la phase de crudité et celle de ramollissement. A sa période d'état, il se présente le plus souvent comme une masse fluctuante, allongée dans le sens de la côte, le plus souvent irréductible. L'évolution de cet abcès froid est très lente.

III. — LES ABCES FROIDS TUBERCULEUX AYANT POUR ORIGINE DES ADENITES TUBERCULEUSES, SONT FREQUENTS

La plupart du temps, la tuberculose ganglionnaire se présente sous l'aspect d'une polyadénite, évoluant vers la suppuration. Les ganglions atteints sont aug-

mentés de volume et reliés les uns aux autres par du tissu conjonctif. Au début, ils peuvent être durs, indolores, puis ils se ramollissent peu à peu, deviennent fluctuants et adhèrent à la peau.

Si on laisse l'évolution se poursuivre, la peau s'ulcère et il se forme une fistule tuberculeuse à point de départ ganglionnaire.

La localisation de cette tuberculose ganglionnaire est surtout cervicale ou génienne.

LE TRAITEMENT DES ABCES FROIDS

Le nombre et la diversité des traitements proposés pour l'abcès froid prouve bien qu'il s'agit là d'un traitement souvent difficile, qui a attiré l'attention de nombreux auteurs. Depuis nombre d'années, un traitement général et un traitement local a été institué pour tarir et faire disparaître les abcès froids. Devant tout abcès froid, deux traitements doivent être institués.

Un traitement général qui a pour but d'aider l'organisme à lutter contre l'infection.

Un traitement local qui peut être, soit chirurgical, soit médical; par traitement médical, nous entendons la ponction évacuatrice et l'injection de liquides modificateurs.

L'étude que nous nous proposons viendra donc ajouter une méthode de traitement de plus. Les résultats que nous avons obtenus par notre méthode, nous incite cependant à la décrire et, étant donné sa simplicité et son emploi facile, à en proposer l'application.

Nous n'ignorons pas les travaux scientifiques actuellement en cours, concernant toutes les tuberculoses, à point de départ des différentes moisissures étudiées jusqu'à ce jours. La méthode que nous préconisons était déjà en application à l'hôpital de Quimper avant la vulgarisation de ces nouveaux procédés. La rareté de ces produits nouveaux, leur prix de revient, nous a conduit à continuer l'application de notre méthode qui peut encore, dans bien des cas, rendre de grands services.

TRAITEMENT MEDICAL

Pour aider l'organisme à lutter contre l'infection, le médecin aura recours :

au traitement général climatique, à la cure d'héliothérapie, au traitement médicamenteux et à la mise au repos du foyer.

Le grand air, les stations marines, Berck et les plages de la Manche en particulier, la cure d'altitude, la station d'altitude moyenne pour les sujets à poumons touchés.

La cure d'héliothérapie, suivant les méthodes classiques, accessoirement les rayons ultra-violets, joueront aussi, souvent un grand rôle dans la régression des abcès.

Le traitement médicamenteux institué comportera tous les reconstituants en général, la vitamine D en particulier.

Mais c'est la mise au repos du foyer qui représente avec le traitement climatique et l'héliothérapie, l'élément principal du traitement général. C'est donc le décubitus dorsal constant pour toutes les lésions du rachis et du membre inférieur, l'immobilisation stricte de toutes les articulations atteintes (au besoin par appareillages plâtrés).

TRAITEMENT LOCAL

Deux méthodes sont en présence pour traiter localement un abcès froid.

— L'intervention sanglante.

— Les injections de substance modificatrice après ponction.

L'intervention sanglante trouve son indication quand le tuberculome est cru (FORGUES), limité et facilement accessible. On l'enlève avant son ramollissement comme une véritable tumeur. Ici, les pansements formolés semblent donner des résultats satisfaisants dans les suites opératoires comme le prouvent certaines observations exposées à la fin de ce travail.

Les injections modificatrices consistent à ponctionner l'abcès, à ne rien y injecter ou à y injecter des liquides modificateurs.

Traiter les abcès froids par injection de liquides modificateurs et en particulier par du formol, voilà l'objet de ce travail.

TRAITEMENT DES ABCES FROIDS PAR PONCTION ET INJECTION DE LIQUIDES MODIFICATEURS

LA PONCTION

La ponction de l'abcès froid relève d'une technique un peu spéciale. Ce que l'opérateur doit éviter, avant tout, c'est la fistulisation qui aboutit dans la plupart des cas à l'infection de l'abcès par des microbes pyogènes.

INSTRUMENTATION.

N'importe quelle aiguille peut servir à ponctionner un abcès froid, à condition que son calibre soit assez fort pour permettre l'évacuation du pus et que sa longueur soit assez grande pour parcourir un trajet détourné avant de pénétrer dans l'abcès. Une instrumentation spéciale se trouve dans le commerce, comprenant des trocarts et une seringue à gros débit, s'adaptant directement sur le trocart (CALVÉ). Ether,

teinture d'iode, gants stériles, tampons de coton sont aussi nécessaires à l'opérateur.

TECHNIQUE.

Les téguments doivent être minutieusement aseptisés. Savonnage, dégraissage à l'éther, badigeonnage à la teinture d'iode. Le matériel est stérilisé à l'étuve.

Dans toute ponction d'abcès froid, il convient d'éviter d'aborder directement la collection. Il faut ponctionner à une certaine distance d'elle : à deux centimètres; ponctionner en plein serait vouloir sa fistulisation.

L'opérateur commence à localiser l'abcès en plan et en profondeur. Caressant de la paume de la main les régions suspectes, on sent une saillie arrondie : c'est l'abcès. On perçoit l'abcès de la main alors que l'œil reste souvent aveugle. Par la palpation, l'opérateur compare avec le côté sain et recherche les limites précises de la fluctuation. Il faut toujours avoir à l'esprit que la fluctuation vraie n'est sentie que dans le sens des fibres musculaires. Si la palpation se fait perpendiculairement au sens des fibres musculaires, l'opérateur aura toujours une pseudo-sensation de fluctuation.

Par la palpation, on pourra donc délimiter les contours topographiques de l'abcès. C'est à deux centimètres de ce contour que le trocart doit pénétrer, en un point où on se sera préalablement assuré qu'il n'y a aucun décollement, aucun prolongement latéral de l'abcès. Cependant, le contour topographique ne suffit pas; il faut connaître l'épaisseur, la profondeur, car c'est au centre que se trouve du pus bien liquide. La périphérie reste encombrée de fongosités qui obstrueront le trocart.

Déterminer l'épaisseur de l'abcès est assez délicat. C'est surtout une question d'expérience, de juger, d'en-

traînement. L'abcès froid étant bien localisé en plan et en profondeur, il faut ponctionner.

COMMENT ENFONCER LE TROCART ?

Les quatre derniers doigts de la main gauche entourent l'abcès, le pouce resté libre, peut être utile pour fixer la peau, la tendre ou la déplacer quelque peu, ce qui peut être utile pour créer des glissements cutanés ou aponévrotiques favorisant après retrait du trocart, la formation d'un trajet brisé. Le trocart est tenu dans la main droite comme une plume, guidé par l'index. Mais le talon du trocart étant au creux de la paume, le trocart prolongeant l'axe de l'avant-bras, la paume poussera et l'index dirigera. Un jet de chlorure d'éthyle et l'opérateur pique à deux centimètres en marge de l'abcès, avec précision, rapidité et sans hésitation.

L'écoulement du liquide est en général aisé. L'aspiration sera lente. Une fois le pus évacué, l'opérateur peut injecter un liquide modificateur et retirer le trocart, ou le retirer sans avoir rien injecté. Au moment de l'extraction du trocart, l'ensemencement du trajet devra être évité, soit en retirant le trocart muni du mandrin mousse, soit en retirant le trocart monté avec la seringue, tout en exécutant un mouvement d'aspiration. Un pansement aseptique sera ensuite appliqué.

LES INJECTIONS DE LIQUIDES MODIFICATEURS

HISTORIQUE.

L'injection modificatrice est une très vieille méthode.

— En 1856, BOINET injectait de la teinture d'iode au dixième.

— En 1897, DURANTE recommandait l'iode en solution iodurée.

— HUETER employa ensuite l'acide phéniqué.

— LE FORT usa du sulfate de zinc.

— Vers 1905, le vioforme fut essayé.

— En 1908, JOACHMANN et BATZNER, élèves de BIER, employaient les injections de un gramme de trypsine dissoutes dans cent grammes de solution saline à sept pour mille.

Mais, c'est surtout l'iodoforme qui retint l'attention des chirurgiens et qui ne tarda pas à devenir le médicament de choix, soit qu'on l'injectait sous forme d'éther iodoformé, à l'exemple de VERNEUIL et de VERCHÈRE, soit qu'à l'imitation des Allemands, on préféra les émulsions dans l'huile ou dans la glycérine, dans la proportion de dix à vingt pour cent.

Dans la mixture de WALKMANN et KRAUSSE, l'iodoforme était non en solution, mais en suspension.

Iodoforme purement pulvérisé	5 gr.
Mucilage de gomme arabique . .	23 gr.
Glycérine	53 gr.
Eau distillée	500 gr.

Pour ramollir la substance caséeuse, les chirurgiens ont aussi employé le naphtol camphré et le thymol camphré. Le naphtol camphré a été abandonné à cause de nombreuses intoxications qu'il a occasionné. Dans certains abcès froids ou fistules, on a utilisé pendant des années la pâte de bismuth (BECK).

Actuellement, comme substances modificatrices, les produits principalement employés sont :

— L'HUILE IODOFORMÉE dont la formule initiale est celle de CALOT.

Iodoforme	10 gr.
Ether	30 gr.
Créosote	6 gr.
Huile d'olive stérilisée	7 gr.

— Le thymol camphré, dont la formule est la suivante :

Camphre	100 gr.
Thymol	50 gr.

est aussi souvent employé. Le thymol et le camphre sont deux corps solides qui, au contact réciproque se liquéfient, mélangés à un centimètre cube d'éther avant l'emploi. Le thymol camphré est un modificateur assez énergique qui peut parfois provoquer un peu de température.

L'éther iodoformée est d'un emploi trop délicat pour le praticien de médecine générale, car l'éther a l'inconvénient de bouillir à la température du corps humain en sorte qu'il se produit une distension de la poche, ce qui, d'abord, peut être assez douloureux et peut ensuite sphacéler la peau.

Actuellement, dans beaucoup de centres de traitement de tuberculose ostéo-articulaire, la liqueur de Villatte (mélange de sous-acétate de plomb, de sulfate de cuivre et de zinc, dilués dans l'acide acétique) est toujours couramment utilisée avec souvent de bons résultats.

Le chlorhydrate double de quinine et d'urée est aussi souvent employé depuis quelques années; les résultats seraient bons.

Toutes ces différentes substances modificatrices que nous venons d'énumérer ont eu et ont pour but de ramollir la substance caséeuse ou de scléroser la paroi tuberculigène. Ces produits injectés dans l'abcès, après que la poche a été vidée, sont laissés plusieurs jours au contact de la paroi interne de la poche ou sont retirés quelques instants après leur injection. Le nombre d'injections est répété suivant un régime qui varie d'après le volume de l'abcès et les réactions générales ou locales du sujet.

TRAITEMENT DES ABCES FROIDS TUBERCULEUX PAR PONCTION ET LAVAGES FORMOLES

Durant notre séjour dans le service chirurgical du Docteur PILVEN à l'hôpital de Quimper, nous avons été appelé à pratiquer à diverses reprises des ponctions et des injections modificatrices, en vue de traiter des abcès froids tuberculeux. Les résultats de ces méthodes ne furent pas toujours ceux espérés.

Ceci nous a amené à penser que le formol pouvait rendre quelques services dans ce domaine. Les débuts furent timides.

Nous avons consulté bien des auteurs, il semble que le formol n'ai pas été employé auparavant dans le traitement des abcès froids tuberculeux.

Les abcès froids d'origine osseuse extra ou à point de départ articulaires, furent l'objet des premières recherches et c'est là principalement l'objet du travail que nous vous présentons. A la suite des résultats heureux obtenus dans ces cas, par les lavages formolés, nous avons été amené à en étendre les indications et à traiter les tuberculoses ganglionnaires antérieurement opérées ou non. Les résultats semblent heureux, quoique les statistiques présentées ne nous permettent pas de dégager une conduite de traitement définitif.

Tous les abcès froids tuberculeux ressortissent de la méthode, mais à chacun convient une technique un peu différente, bien que le principe soit le même.

La technique consiste à ponctionner l'abcès et, après avoir évacué le pus, à y faire un lavage avec une solution de formol à un pour cent.

I. — TRAITEMENT DES ABCES FROIDS TUBERCULEUX D'ORIGINE OSSEUSE ET ARTICULAIRE

Comme nous l'avons dit, la technique s'applique surtout aux abcès froids tuberculeux d'origine osseuse, extra ou à point de départ articulaire, abcès non fistulés.

Le type de l'abcès froid tuberculeux pris pour l'exposé de la technique, est l'abcès froid pottique, l'abcès ossifluent.

L'abcès doit d'abord être ponctionné suivant les principes exposés plus haut et doit être vidé le plus à fond possible. Par le trocart qui a servi à ponctionner l'abcès, l'opérateur injecte une solution formolée à un pour cent, dont la quantité varie suivant le volume de l'abcès. Le formol est aspiré ensuite. La même opération, c'est-à-dire injection de formol et aspiration du liquide de l'abcès, doit être répétée plusieurs fois à chaque séance de ponction jusqu'à ce que le liquide évacué devienne le plus clair possible. Il s'agit, en quelque sorte, d'un véritable lavage de la cavité de l'abcès.

En général, le malade ressent une petite sensation désagréable quand la durée du lavage est longue et la cavité profonde, mais jamais de douleur.

Une quantité minime de formol reste toujours dans la cavité, surtout quand l'opérateur a soin d'injecter de l'air pour chasser le liquide de l'aiguille.

Le lavage formolé étant effectué, une bonne compression est nécessaire pour éviter la fistulisation.

Le formol, au début, peut activer la formation de liquide dans l'abcès.

Dès que le liquide s'est reproduit, ce qui a lieu parfois rapidement, souvent en quelques jours, tout au moins au début, la ponction et le lavage recommencent avec la solution de formol à un pour cent.

Petit à petit la fréquence des ponctions diminue et, à ce moment, le pus a totalement changé d'aspect. Il est devenu très liquide, d'aspect plutôt séreux. Ce liquide s'évacue facilement.

Au bout d'un temps variable, suivant la capacité de l'abcès froid, l'état général du malade, lorsque l'abcès ne progresse plus et que la ponction ne retire que très peu de liquide, on laisse une petite quantité de formol, un demi à un centimètre cube et demi dans la cavité de l'abcès. Parfois, le malade se plaint d'une légère brûlure.

La palpation de l'abcès ne procure plus alors la même sensation de fluctuation; il existe une sensation de masse, contenant peu de liquide et entourée par une réaction de sclérose dont il faut surveiller le développement pour arrêter, si nécessaire, les lavages formolés.

A un moment donné, quand on ne retire plus de liquide, on cesse les lavages formolés et peu à peu, l'abcès froid disparaît (observation n° 1).

II. — TRAITEMENT DES ABCES FROIDS TUBERCULEUX D'ORIGINE OSSEUSE SANS ATTEINTE ARTICULAIRE

La méthode qui vient d'être exposée s'applique aussi bien aux abcès froids osseux articulaires qu'aux abcès froids extra-articulaires.

Par les injections formolées, l'opérateur pourra dans un bon nombre de cas obtenir des guérisons d'abcès froids osseux extra-articulaires. En effet, comme semble le montrer la première observation, citée en fin de ce travail, les injections formolées ont guéri à elles seules un abcès froid costal, du volume d'une mandarine, sans intervention sanglante. La technique

qui fut employée ne diffère en rien de celle qui a été exposée.

Un abcès froid ayant pour origine une ostéite tuberculeuse de la grosse tubérosité humérale, fut traitée aussi par le même procédé. Cet abcès froid fut guéri rapidement grâce à deux injections formolées (observation n° 6).

Dans les cas d'abcès froids tuberculeux fistulisés, les lavages formolés ont une action bien moins efficace. La méthode ne saurait être préconisée dans ces cas, mais elle pourrait, cependant, être un adjuvant heureux à un traitement approprié à chaque cas d'abcès fistulisé.

Les résultats heureux obtenus par le traitement formolé, appliqué aux abcès froids d'origine osseuse, nous ont conduit à étendre la méthode au traitement des tuberculoses ganglionnaires antérieurement opérées ou non.

III. — TRAITEMENT DES ABCES FROIDS PROVENANT D'UNE ADENITE CERVICALE NON FISTULISEE PAR LES INJECTIONS FORMOLEES

La technique est toujours la même, mais quelques précautions supplémentaires doivent être prises. Il faut éviter que la peau, souvent très mince, qui recouvre ces abcès, ne se sphacèle et qu'une hypertension provoquée par le pus et, à plus forte raison, par l'injection de liquide modificateur, ne crée la fistulisation que l'on redoute et que l'on doit éviter à tout prix.

Dans ces cas, nous conseillons :

1) Que l'opérateur diminue la tension existant à l'intérieur de l'abcès par des ponctions fréquentes. Ponctions qui auront lieu avec toutes les conditions d'asepsie requises et qui partiront de tissus sains.

2) Que l'injection de formol à un pour cent ne se fasse pas lors des premières ponctions.

3) Que l'opérateur institue le lavage avec la solution formolée quand la peau aura récupéré un peu de sa vitalité par les ponctions simples et répétées.

La technique préconisée est la même que dans les autres abcès froids tuberculeux et se pratiquera suivant les principes exposés plus haut.

IV. — LES PANSEMENTS AVEC LA SOLUTION DE FORMOL A UN POUR CENT DANS LES SUITES OPERATOIRES

Malheureusement, parfois le traitement sanglant est nécessaire pour guérir un abcès froid tuberculeux. Dans ces cas, les suites opératoires des abcès froids tuberculeux, traités chirurgicalement, ont été singulièrement écourtées par les pansements formolés au centième.

Deux observations, citées en fin de ce travail, montrent l'efficacité de cette méthode qui consiste simplement à panser à plat ou à mécher les plaies opératoires avec une solution de formol à un pour cent.

L'une de ces observations (observation n° 1), rapporte le cas d'un malade traité pour abcès froid costal fistulisé. Les lésions nécessitèrent une résection étendue de la partie interne de la cinquième côte avec ouverture de la plèvre adhérente. Des pansements imbibés de formol à un pour cent furent appliqués sur la plaie opératoire. En huit jours, la suppuration était tarie. En trois semaines, la cicatrisation était complète et définitive.

L'autre observation (n° 5), est celle d'une malade qui subit un curage ganglionnaire pour adénopathie sous-axillaire et sous-pectorale tuberculisée.

Quinze jours après l'intervention, la malade sortait complètement guérie, grâce à des méchages et des pansements imbibés de formol à un pour cent.

Les résultats encourageants obtenus par ponctions et lavages formolés dans le traitement des abcès froids nous ont incité à entreprendre ce travail. Sans doute, notre expérience est courte et nos observations très peu nombreuses, sans doute, nous manquons de recul suffisant pour appeler guérison définitive, les résultats qui nous semblent favorables et pourtant la méthode que nous préconisons a donné comparativement à celles qui l'ont précédée, des résultats qui, à notre avis, sont souvent meilleurs.

Actuellement, la streptomycine donne dans les abcès froids des résultats remarquables ; mais, cependant, notre méthode peut rendre de grands services au médecin praticien, en attendant que la streptomycine ne se trouve plus facilement et que son prix de revient soit moins élevé.

Notre but, dans ce travail, a été d'apporter une légère contribution au traitement des abcès froids et à préconiser un traitement qui a donné de bons résultats parallèlement aux méthodes déjà employées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mademoiselle Le B...

Vingt-deux ans, employée de magasin, vient consulter le 22 juin 1946 pour douleur dans la région vertébrale dorsale et cervicale. A l'examen, on constate l'existence d'un abcès d'origine osseuse costale à point de départ de la dixième côte gauche. L'inspection et la palpation dénotent une tuméfaction allongée dans le sens de la côte. Tuméfaction du volume d'une mandarine, peu douloureuse à la palpation, donnant d'aspect typique d'un abcès froid tuberculeux. Une radiographie montre l'existence d'un léger dépoli de la dixième côte avec irrégularité des contours supérieurs et inférieurs de la côte. La ponction montre à l'examen un liquide purulent qui, au laboratoire, ne décèle aucun microbe. L'aspect du pus est typiquement tuberculeux.

Le traitement par lavages formolés fut institué. Trois ponctions à huit jours d'intervalle avec évacuation du liquide purulent et injection de liquide formolé à un pour cent ont amené une guérison complète de cet abcès en trois semaines. La malade revue en octobre-novembre 1946 est guérie.

OBSERVATION N° 2

Monsieur Le Gue..., quarante-huit ans. Le 26 janvier 1946, vient à la consultation pour abcès fistulisé au niveau de la cinquième côte gauche. Abcès para-sternal. Une radiographie montre des lésions osseuses de la troisième côte très importante avec

perte de substance. L'examen bactériologique dénote un pus amicrobien.

Devant de telles lésions, on pratique le 29 janvier une résection étendue de la partie interne de la troisième côte. La côte étant adhérente à la plèvre, la résection occasionne l'ouverture de cette dernière. Les suites opératoires ont été singulièrement simplifiées par des pansements locaux suivant la méthode des pansements formolés. En trois semaines, la cicatrisation est complète.

OBSERVATION N° 3

Monsieur S..., trente-quatre ans. Entre à l'hôpital le 2 février 1946.

Malade adressé dans le service de chirurgie par le phtisiologue. Ce malade était en traitement pour tuberculose pulmonaire gauche. Un pneumothorax avait été institué. Ce malade présentait à son arrivée dans le service de chirurgie, un mal de Pott au niveau de D11, D12, L1. L'inspection révélait deux abcès ossifluents, l'un bombant au niveau de la fosse iliaque gauche, l'autre bombant sous la peau au niveau de la partie interne du triangle de Scarpa.

La ponction a montré l'existence de pus tuberculeux. A chaque ponction il est retiré une grosse quantité de pus. Malgré cet aspect clinique, on se décide à traiter le malade par notre méthode. Deux mois suffisent pour assécher d'une façon complète et définitive la suppuration. A la suite de quoi, l'évolution du mal de Pott se poursuit normalement et, à l'heure actuelle, le malade sans greffe, sans autre traitement chirurgical vaque à ses occupations. Revu à plusieurs reprises, localement et au point de vue général, son état est parfaitement satisfaisant.

OBSERVATION N° 4

Frère F..., vingt-sept ans.

Ce malade nous est adressé le 6 juillet 1947 pour mal de Pott de la neuvième, dixième, onzième vertèbre dorsale avec

abcès déjà ponctionné et siégeant au niveau de la région lombaire gauche, immédiatement au-dessous des fausses-côtes. Jusqu'à ce moment, malgré de multiples ponctions simples, l'abcès se reproduisait et nécessitait des ponctions répétées tous les trois jours; dès son arrivée, le traitement formolé est institué. En l'espace de six semaines, nous constatons l'assèchement complet de l'abcès. Les ponctions avec injection de formol sont faites au rythme de deux par semaine. Dès les trois premières ponctions on constate l'absence de pus vrai. Mais seulement l'existence d'un liquide plus séreux que purulent. Actuellement, on attend quelques semaines avant de pratiquer une greffe qui, grâce à notre traitement, doit en principe se pratiquer en milieu pratiquement aseptique.

OBSERVATION N° 5

Mademoiselle Has..., cinquante-deux ans, Quimper.

La malade entre à l'hôpital le 7 juin 1946 pour une tuméfaction sous-axillaire et sous-pectorale droite importante. L'examen du pus dénotait un pus amicrobien et d'aspect typiquement tuberculeux. Après un traitement général de huit jours, un curage ganglionnaire de cette adénopathie axillaire, aussi large que possible est effectué. Après l'intervention des méchages formolés suivant notre méthode, sont pratiqués. Ceci aboutit à une cicatrisation complète et définitive en l'espace de quinze jours.

OBSERVATION N° 6

Madame Le M..., trente-cinq ans, entrée à l'hôpital le 5 janvier 1944 pour une énorme tumeur de la fosse iliaque gauche, descendant jusqu'à la racine de la cuisse et bombant dans la région lombaire gauche.

Une radiographie permet de constater la présence d'une lésion pottique de la troisième vertèbre lombaire.

La symptomatologie de ce mal de Pott fut très fruste et c'est l'abcès qui attira l'attention de la malade et la fit hospitaliser. L'état général de la malade était excellent.

Une ponction exploratrice ramena du pus d'aspect typiquement tuberculeux ; l'examen bactériologique ne montra aucun microbe.

Une série de ponctions évacuatrices fut faite dans la région du triangle de Scarpa et dans la fosse iliaque gauche. Une quantité considérable pus fut enlevée et à chaque point de ponction, des lavages formolés furent institués. En raison de la capacité de l'abcès, on ne cherche pas à obtenir dès le début, un liquide clair après lavage, craignant une intoxication formolée.

Ponctions et lavages formolés se succédèrent au rythme de une séance tous les quatre ou cinq jours, au début et de une séance toutes les semaines au bout de un mois.

Le traitement fut assez long et dura quatre mois. Cette malade sortit de l'hôpital en mai 1944 ; une petite fistule lombaire s'était formée ; cette fistule se tarit rapidement.

Depuis, cette malade n'a pas été revue par nous. Son médecin nous a fait parvenir de ses nouvelles, nous disant seulement, qu'actuellement, elle faisait une tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION N° 7

N... Pierre, né le 27 janvier 1929.

Entre à l'hôpital de Quimper, le 13 octobre 1946, pour coxalgie droite. Le diagnostic est confirmé par la radiographie et par l'examen clinique. Le malade est opéré le 6 novembre 1946. Le chirurgien pratique une arthrodèse extra-articulaire. Un plâtre est ensuite appliqué pour immobiliser la hanche opérée. Ce plâtre est enlevé en mai 1947.

L'état général de ce malade a toujours été satisfaisant. L'examen clinique et radiographique des poumons n'a rien montré d'anormal.

Le 15 octobre 1947, la courbe thermique du malade devient oscillante. La température varie entre 37°5 et 38°.

Le 20 octobre, on remarque une masse soulevant le deltoïde droit et bombant en arrière de la fosse sus-épineuse droite. La palpation de cette région est peu douloureuse et révèle une fluc-

tuation. Une légère douleur est réveillée lors des mouvements actifs de l'articulation scapulo-numérale droite. La radiographie faite le 21 octobre montre une tache claire dans la région de la grosse tubérosité numérale droite, sous l'articulation.

Une ponction ramène du pus ayant l'aspect typique du pus tuberculeux.

L'examen bactériologique ne révèle aucun microbe. Le 22 octobre, on pratique une ponction évacuatrice, suivie d'un lavage formolé avec la solution de formol au centième en arrière dans la fosse sous-épineuse et en avant sous le deltoïde.

Le 23 octobre, on note un clocher thermique à 38°3. Le 24 octobre, la température est redevenue normale. Le volume de l'abcès après la ponction et le lavage formolé, diminue peu à peu. Une nouvelle ponction pratiquée le 2 novembre 1947 ramène peu de liquide. Nouvelle injection formolée au centième. Huit jours après l'abcès a complètement disparu. Le malade a été revu à plusieurs reprises, son abcès semble guéri.

OBSERVATION N° 8

Madame R..., quarante-trois ans, domiciliée à Landrevarzec.

Entrée à l'hôpital le 8 mars 1943 pour abcès froid cervical gauche.

La malade a subi, en janvier 1941, un curage ganglionnaire au niveau de son creux axillaire droit pour adénite tuberculeuse.

En mars 1942, la malade présente une récidive cervicale gauche, traitée par radiothérapie. A son entrée, le 8 mars 1943, la malade présente un gros abcès froid au niveau de la chaîne cervicale gauche, au niveau des ganglions antérieurement traités par radiothérapie.

L'état général est bon. La malade est apyretique. L'examen clinique et radiographique des poumons ne révèle rien d'anormal.

Une ponction pratiquée au niveau de l'abcès ramène du pus typiquement tuberculeux.

Un traitement par ponctions et lavages formolés est institué.

Ponctions et lavages ont lieu tous les six jours durant les quinze premiers jours. Puis tous les huit et enfin tous les dix jours. En deux mois et demi, la guérison est définitive et sans cicatrice.

OBSERVATION N° 9

G... François, vingt-cinq ans.

Le malade entre à l'hôpital le 26 avril 1943 pour un volumineux abcès froid de la région sacro-iliaque droite. Le malade présente des antécédents de bacillose ; tuberculose épididymaire opérée le 8 septembre 1940 ; néphrectomie pour tuberculose droite en décembre 1941.

A son entrée, le 26 avril 1943, on note un abcès froid du volume d'un poing au niveau de la région sacro-iliaque droite. La ponction ramène du pus amicrobien et d'aspect tuberculeux. La palpation de l'abcès ne réveille qu'une légère douleur.

La radiographie pratiquée le 27 avril 1943, montre des lésions au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Le traitement par ponction et lavages formolés est aussitôt institué. Les ponctions se pratiqueront tous les cinq jours durant les trois premières semaines, puis tous les dix jours. La guérison est obtenue sans aucune cicatrice au bout de deux mois.

Le malade a été revu à plusieurs reprises. L'abcès ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION N° 10

Pierre B..., vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 26 septembre 1943.

Le malade, entré pour un abcès froid sacro-iliaque droit.

A l'examen, on note un état général médiocre. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, l'inspection et la palpation révèlent un abcès froid du volume d'un œuf de cane.

L'examen clinique et radiographique des poumons ne révèlent aucune lésion.

La radiographie du bassin décèle des lésions au niveau de son interligne sacro-iliaque droit.

La ponction de l'abcès ramène du pus d'apparence tuberculeux.

Dès le lendemain de son arrivée, le malade est soumis au traitement des abcès froids par ponctions et lavages formolés.

Au bout d'un mois et demi, le malade sort de l'hôpital, son abcès froid ayant disparu.

OBSERVATION N° 11

Monsieur S. Ker..., vingt-cinq ans, entre à l'hôpital le 20 décembre 1944 pour abcès ostéo-myélitique survenu au niveau d'une fracture de jambe par balle. Une intervention simple permet à l'abcès de guérir rapidement en trois semaines.

Le malade se plaignant de douleurs lombaires à la marche et d'une tuméfaction apparue dans la fosse iliaque gauche, une radiographie est faite le 10 janvier 1945. Cette radiographie montre l'existence d'une lésion pottique de la cinquième vertèbre lombaire. Cette lésion, très ancienne, n'avait pas attiré l'attention du malade atteint, lui avait-on dit, d'un lumbago chronique d'origine rhumatismale.

La ponction de cet abcès froid ramena du pus d'aspect tuberculeux et amicrobien.

Le traitement par ponctions et injections formolés fut institué. L'abcès disparut après quatre mois de traitement. Le malade sortit en mai 1943.

En septembre 1943, il fut opéré (greffe d'Allée).

Actuellement, il marche, muni d'un corset amovible et rien ne persiste de l'abcès ancien.

CONCLUSION

1. — L'abcès froid tuberculeux est justiciable à notre avis, d'un traitement local et actif que nous préconisons.

2. — Ce traitement est constitué par l'injection de formol au centième.

3. — Les modalités de ce traitement sont les suivantes :

a) Ponction évacuatrice,

b) Véritable lavage de la poche par barbotage avec la solution formolée au centième.

4. — L'évolution de l'abcès, au point de vue clinique, est le seul moyen pratique de la conduite à tenir, au point de vue du rythme des injections et de la quantité de liquide à injecter.

5. — Il est évident que notre traitement est un adjuvant qui, loin de s'opposer à toute autre thérapeutique, ne peut cependant qu'aider très favorablement l'évolution heureuse de ces abcès froids qui nous ont intéressés.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
BROCQ

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

BARD. — Anatomie pathologique.

BROCA. — Leçons cliniques de chirurgie.

LANNELONGUE. — Abcès froids et tuberculose osseuse. 1887.

VERCHÈRE. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. 1887.

REVELLIAC. — Traitement des collections froides. (*Thèse*, 1918).

FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.

LENORMANT (Ch.). — Précis de pathologie chirurgicale.

Le traitement des tuberculoses externes; ganglionnaire, osseuses et articulaires par les injections fondantes suivies de ponction. (*Ass. Franç. de Clin., XXIIIe Congrès*, Paris, octobre 1910.

Comment guérir les adénites du cou sans laisser de cicatrices. (*Le Monde Médical*, 17 juillet 1935).

L'iode naissant en solution aqueuse diluée dans les adénites. (*Thèse*, Paris, 1932).

SORREL et DELAHAYE. — Tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire. Paris, 1926.

CONDAMINE (L.). — Traitement des suppurations tuberculeuses froides par les sels de quinine-urée. (*Thèse*, Lyon, 1942).

DARCOURT (G.). — Traitement des abcès froids. (*Provence Médicale*, n° 56, 15 mai 1936).

GALLAND (Marcel). — Ponction des abcès froids ossifluents de la fosse iliaque interne. (*Revue Médicale Française*, n° 9, septembre 1943).

DUPONT (Claude). — Abcès froid. (*Guérir*, n° 160, 15 mai 1939).

MONOD (Charles). — Abcès froids. (*Bulletin Médical*, supplément au n° 49, 5 décembre 1936).

MASSART (Raphaël). — La résection des grands abcès tuberculeux et les soins qu'il faut y apporter. (*Bulletin de la Société de Chir. de Paris*, séance du 5 mai 1939).

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).